

## “특수 요구 대상자” 등록

등록 양식

등록 날짜: \_\_\_\_\_

### 등록 되는 사람:

Last Name (성):	First Name (이름):	중간 이름:	Suffix:
전화하는데 선호되는 등록자의 이름:			
집 주소:		City:	State: Zip:
인종:	성별:	생년월일:	키: 몸무게:
머리 색깔:	눈 색깔:	머리 길이/ 스타일:	
피부색:	수염 (얼굴 털):		안경:
배우자 관계 (Circle One):    기혼        이혼한        미혼        떨어져 사는 과부			

### 진단서: (해당되는 모든 것을 체크 하시오)

주의력 결핍 장애 <input type="checkbox"/>	알츠하이머/치매 <input type="checkbox"/>	자폐증/발달장애 <input type="checkbox"/>
장님/저시력 <input type="checkbox"/>	뇌 손상 <input type="checkbox"/>	뇌성마비 <input type="checkbox"/>
청각장애 <input type="checkbox"/>	당뇨병 <input type="checkbox"/>	다운증후군 <input type="checkbox"/>
뇌전증/발작 <input type="checkbox"/>	지적장애 <input type="checkbox"/>	정신질환 <input type="checkbox"/>
다른 뇌 질환 <input type="checkbox"/>	신체장애 <input type="checkbox"/>	다른 정신질환 <input type="checkbox"/>

### 의사소통에 관한 요소: (해당되는 모든 것을 체크 하시오)

의사소통에 도움이 필요하다 <input type="checkbox"/>	청력 장애 <input type="checkbox"/>
영어가 아닌 다른 언어 구사 <input type="checkbox"/>	의사소통을 할 수 없다 <input type="checkbox"/>
말을 할 수 없다 <input type="checkbox"/>	그림 의사 소통 <input type="checkbox"/>
수화 ASL <input type="checkbox"/>	
말을 하는데 어려움이 있다 <input type="checkbox"/>	
말을 할 수 있다 <input type="checkbox"/>	

약물 중독 (circle one): Yes No

사용하는 언어를 유창한 순서대로 나열 하시오: \_\_\_\_\_

방황하는 경향이 있다: Yes No 일반적으로 걸치고 있는 물품: \_\_\_\_\_

의학적 또는 심리적 문제: \_\_\_\_\_

접근 방법 제안: \_\_\_\_\_

알려진 행동들: \_\_\_\_\_

**특별 사항: (해당되는 모든 것을 체크 하시오)**

전투적인 <input type="checkbox"/>	제지 당할 때 전투적인 <input type="checkbox"/>	옷을 벗다/벌거벗음 <input type="checkbox"/>
개를 두려워함 <input type="checkbox"/>	포옹 <input type="checkbox"/>	빛에 민감한 <input type="checkbox"/>
소음에 민감한 <input type="checkbox"/>	편집증 <input type="checkbox"/>	반복 구문 <input type="checkbox"/>
달리는 경향 <input type="checkbox"/>	자신을 자극하는 행동 <input type="checkbox"/>	자극에 민감한 <input type="checkbox"/>
낯선사람에게 반응안함 <input type="checkbox"/>	접촉에 민감한 <input type="checkbox"/>	물에 끌리다 <input type="checkbox"/>

**차량 정보:**

차량 제조사: \_\_\_\_\_ 모델: \_\_\_\_\_ 스타일: \_\_\_\_\_

차량 년도: \_\_\_\_\_ 차량 번호판: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

차량 색깔: \_\_\_\_\_ VIN Number: \_\_\_\_\_

주목할 만한 표시: \_\_\_\_\_

**비상 연락망:**

**연락망 #1**

이름: \_\_\_\_\_ 관계: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ City / State / Zip: \_\_\_\_\_

집 전화: ( ) \_\_\_\_\_ 핸드폰: ( ) \_\_\_\_\_ 다른 번호: ( ) \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_ 다른 이메일: \_\_\_\_\_

**연락망 #2**

이름: \_\_\_\_\_ 관계: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ City / State / Zip: \_\_\_\_\_

집 전화: ( ) \_\_\_\_\_ 핸드폰: ( ) \_\_\_\_\_ 다른 번호: ( ) \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_ 다른 이메일: \_\_\_\_\_

**연락망 #3**

이름: \_\_\_\_\_ 관계: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ City / State / Zip: \_\_\_\_\_

집 전화: ( ) \_\_\_\_\_ 핸드폰: ( ) \_\_\_\_\_ 다른 번호 ( ) \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_ 다른 이메일: \_\_\_\_\_

**등록자 사진:**

등록자의 사진을 이 양식과 함께 이 기관에 제출할 수 있습니다.

기본 사진 - 대략적인 사진의 날짜: \_\_\_\_\_

두번째 사진 - 대략적인 사진의 날짜: \_\_\_\_\_

흉터/ 표지/ 타투 #1: 유형 / 장소: \_\_\_\_\_

